CONCOURS D'AGRÉGATION : Avril 1907

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

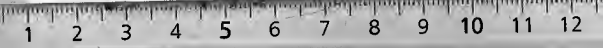
Docteur F. FOURNIER

TOULOUSE

IMPRIMERIE Ch. MARQUÈS

Boulevard de Strasbourg, 22 et 24.

1907



TITRES UNIVERSITAIRES

Aide d'anatomie (1901-1903)

Docteur en médecine (1905)

Aide de clinique (1906)

Chef de clinique obstétricale (1906)

Hôpitaux de Toulouse

Externe des hôpitaux (le premier, concours 1900)

Interne des hôpitaux (le premier, concours 1901)

Ancien vice-président de la Société anatomo-clinique

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse

Concours 1899 : PCN. Mention de fin d'année.

— 1901 : Prix de travaux pratiques (Médaille d'argent).

ENSEIGNEMENT

Travaux pratiques d'anatomie (1901-03)

Travaux pratiques de médecine opératoire (1901-03)

Clinique obstétricale : Service de M. le professeur Audebert

Travaux pratiques sur le mannequin (1906)

Conférences de clinique obstétricale (1906-07)

PUBLICATIONS

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

I. — *Hytéropexie et grossesse* (en collaboration avec Mlle Etcheverry), « Toulouse médical », juillet 1905.

II. — *Fièvre typhoïde et grossesse*. « Toulouse Médical », séance du 5 février 1907.

III. — *Un cas de rétroversion de l'utérus gravide*. « Toulouse Médical », séance du 5 février 1907.

IV. — *Stercorémie pendant la grossesse. Retentissement sur le fœtus* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société de médecine de Toulouse, séance du 22 avril 1907.

V. — *Ponction lombaire et éclampsie* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Paris, avril 1907.

VI. — *Dilatation aiguë de l'estomac* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Paris, avril 1907.

VII. — *Pyélo-néphrite et grossesse. Nouveau mode de traitement par la station debout.* Thèse, Toulouse 1905.

VIII. — *Influence de l'attitude sur l'excrétion urinaire chez la femme enceinte et accouchée* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société de médecine de Toulouse, séance du 22 avril 1907.

ANALYSE DES TRAVAUX

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Hystéropexie et groeeeeee

En collaboration avec Mlle Etchevery (*Toulouse médical*, juillet 1905)

Il s'agit d'une observation qui démontre que, conformément aux conclusions formulées au Congrès de Rouen par M. le professeur Oui, l'hystéropexie abdominale « *bien faite* » n'a d'influence fâcheuse ni sur l'évolution de la grossesse, ni sur le mode de présentation ni sur la délivrance.

Observation. — Secondipare, âgée de 24 ans. Salpingectomie et hystéropexie par le docteur Campenon, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Accouchement. — Pendant les contractions, la femme éprouvait de violentes douleurs au niveau de la partie inférieure de la ligne de suture, au point correspondant à la zone utérine fixée à la paroi abdominale.

Dès que la tête eut franchi le détroit supérieur, les douleurs disparurent complétement.

Délivrance. — Spontanée.

Ecoulement sanguin assez abondant pendant et après la délivrance.

Etat de pouls : bon.

Suites de couches. — Régression utérine effectuée dans les

délais normaux, malgré la persistance des adhérences utéro-pariétales.

Fièvre typhoïde et grossesse

(Toulouse médical, séance du 5 février 1907).

Secondipare. — Grossesse de huit mois environ. Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Séro-diagnostic positif.

Dès que la T. rectale dépassait 38°, bains à 35°, ramenés progressivement à 32°.

Compresses froides sur la tête et lotions sur la tête avec de l'eau à 20° pendant le bain ; sortie du bain au premier frisson qui survenait généralement au bout de dix minutes.

A la balnéation, nous avions ajouté l'entéroclyse. Matin et soir, un lavage intestinal avec deux litres d'eau bouillie froide.

Enfin, pendant quelques jours, nous avons donné de 40 à 60 centigr. de pyramidon par prises fractionnées de 20 centigr.

Boissons abondantes.

Lavages fréquents de la bouche.

Instillations d'huile mentholée dans le nez et les oreilles.

Surveillance toute spéciale de la zone génitale.

Vers le huitième jour, complications cardiaques : Spartéine et huile camphrée. Complications buccales : ulcérations de la langue, des piliers, du voile du palais, du pharynx, œdème de la région amygdalienne. Aphonie complète. Gêne de la déglutition et gêne respiratoire très marquée.

Nous avons noté une accélération des bruits du cœur du fœtus : 170 environ au lieu de 140 à 150.

La malade a accouché aux environs du terme. L'enfant a été placé en nourrice et s'est bien élevé.

Cette observation montre que l'on peut traiter la fièvre typhoïde pendant la grossesse par les bains froids sans crainte de provoquer l'interruption de la gestation.

Rétroversion de l'utérus gravide.

Toulouse Médical, séance du 5 février 1907.

Primipare. — Grossesse de deux mois environ.

Depuis quelques jours, la malade se plaint de troubles de la miction, de douleurs abdominales revenant à intervalles irréguliers et accompagnées d'écoulements sanguins.

Par le toucher, nous constatons une rétroversion typique.

Diagnostic. — Grossesse de deux mois environ et rétroversion utérine.

Pas de rétention d'urine. Constipation opiniâtre.

Réduction manuelle sans chloroformisation. Echec.

Le lendemain, nouvelle tentative suivie de succès.

Les manœuvres furent exécutées avec la plus grande douceur.

Repos absolu au lit et lavement laudanisé. Les pertes continuent et deux jours après avortement en deux temps.

Expulsion d'un embryon âgé de deux mois environ.

Hémorragie : Délivrance artificielle.

La rétroversion s'est reproduite pendant les suites de couches.

Au bout de quinze jours, la malade se lève ; la rétroversion persiste, mais moins accusée qu'auparavant.

Stercorémie pendant la grossesse. — Accouchement prématuré. Retentissement sur le fœtus.

En collaboration avec M. Audebert (Société de Médecine de Toulouse, séance du 22 avril 1907.

Observation de *Stercorémie* survenue vers la fin de la grossesse et ayant retenti sur le fœtus : 1° in utéro ; 2° après la naissance.

1° *In utero* : mouvements convulsifs du fœtus tellement violents qu'ils gênaient considérablement l'auscultation.

L'accouchement a eu lieu le lendemain du jour où ont éclaté les phénomènes d'intoxication maternelle.

2° *Après la naissance* : l'enfant a fait pendant quelques jours de l'infection gastro-intestinale.

Ponction lombaire et Eclampsie.

En collaboration avec le Docteur Audebert. (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, avril 1907).

Travail basé sur deux observations d'éclampsie ; dans les deux cas, nous avons pratiqué la ponction lombaire.

1re Observation n° 299 (1906). — Malade entrée le 20 décembre 1906 dans le coma éclamptique. Traitement classique.

Urines : 20 gr. d'albumine par litre.

Température 36° 3. Pouls : 72.

De 10 heures du matin à 5 heures du soir, la température et le pouls augmentent progressivement ; les crises se rapprochent et le coma est persistant.

Ponction lombaire à 5 h. 20 du soir.

L'aiguille pénètre d'emblée dans l'espace sous-arachnoïdien et il s'écoule aussitôt, en gouttes pressées, presque en jet continu, un liquide légèrement rosé.

Nous enfonçons un peu plus l'aiguille après avoir arrêté l'écoulement avec le doigt et nous recueillons le liquide dans un autre tube à essai. Même coloration. Nous recueillons ainsi quelques centimètres cubes, puis nous prenons un troisième tube. La coloration rosée persiste. Dans les trois tubes, elle est absolument identique.

En tout, nous avons retiré 12 cm³ de liquide céphalo-rachidien.

L'examen du liquide fait par M. le professeur agrégé Rispal n'a révélé absolument rien d'anormal en dehors des globules rouges en grande abondance.

A partir de ce moment, le coma a nettement diminué d intensité et les crises, qui tout d'abord s'étaient rapprochées, se sont espacées de plus en plus. De la comparaison de l'état de la malade, avant et après la ponction, ressort nettement le fait suivant : à savoir que la ponction lombaire a eu une action manifeste sur le nombre des crises, sur leur intensité, sur le coma,

moins profond et beaucoup plus court qu'auparavant. — En outre, nous avons constaté après la ponction lombaire une augmentation de l'excrétion urinaire.

Voici le tableau des crises avant et après la ponction :

Plusieurs crises en ville avant son entrée.

Le 20 décembre : crise à 10 heures.

1 heure
1 h. 55'
2 h. 55' } soit 6 crises en 7 heures.
4 h. 5'
5 h. 3'

Ponction lombaire à 5 h. 20'.

5 h. 50'
6 h. 30' } 2 crises rapprochées, mais peu intenses.

9 h. 15' puis trois heures d'intervalle sans nouvelle crise.

A partir de ce moment, la malade est plus calme, et l'état général meilleur. Le coma ne dure que quelques minutes.

Vers 1 heure du matin, c'est-à-dire six heures après la ponction lombaire, la malade répond aux questions que nous lui adressons.

Vers 11 heures du matin, c'est-à-dire 24 heures après son entrée et 18 heures après la ponction lombaire, la malade s'éveille et sort nettement du sommeil lourd dans lequel elle était plongée.

30 heures après son entrée, la malade est complètement réveillée. Dès lors, elle paraît hors de danger quoique du 22 au 24 décembre elle ait eu quatre légères crises sous l'influence du travail de l'accouchement.

Nous pratiquons une seconde ponction lombaire : il s'écoule lentement, goutte à goutte, un liquide plus légèrement rosé que lors de la première ponction. Vu la lenteur de l'écoulement, nous n'avons retiré que quelques centimètres cubes de liquide.

La malade est sortie guérie au mois de février.

2e *observation n° 8* (1907). — Primipare, âgée de 20 ans, entrée à la clinique le 15 janvier 1907, à 4 heures du matin, en période de coma éclamptique. A la dilatation complète, application de forceps. Poids de l'enfant, 2.100 gr. Mort deux jours après.

Les crises se succèdent rapidement.

5e crise, quelques instants après l'accouchement.

6e crise, à 8 h. 30' du matin.

A 11 heures, ponction lombaire. Tandis que, chez notre première éclamptique, le liquide s'était écoulé sous forme de jet; ici, au contraire, l'issue s'est faite goutte à goutte. Le liquide était absolument clair.

Quantité retirée : de 10 à 12 cm^3.

A l'examen microscopique : rien d'anormal.

Après la ponction, la malade a eu deux crises moins fortes que les précédentes. Le coma a persisté moins longtemps. Toutefois, il ne paraît pas avoir été modifié aussi profondément que dans la première observation.

La malade est sortie du coma environ 8 heures après la ponction lombaire; 14 heures après, elle semblait plongée dans un sommeil normal.

Le 18 janvier, la malade a succombé à 2 heures de l'après-midi, sans avoir eu de nouvelles crises La mort a été provoquée par l'anurie et peut-être par l'infection utérine.

La quantité d'urine est tombée à 50 cm^3 pendant les 12 dernières heures. En même temps, il y avait une diminution énorme dans la quantité des éléments urinaires :

Urée	4.48
Chlorures	2.3
Phosphates	0.92

On ne peut donc considérer la mort de notre seconde malade comme un échec pour la méthode. L'autopsie a démontré, en effet, qu'il y avait du streptocope dans l'utérus et dans le cœur.

Depuis quelques années, la ponction lombaire a été employée, surtout en Allemagne; en France, on n'a publié que quelques faits isolés.

Dans la plupart des cas, la ponction lombaire a donné de bons résultats au point de vue du nombre des accès et de l'intensité du coma.

Dans d'autres cas, les résultats sont nuls ou insignifiants

Voici les résultats fournis par le relevé des différentes statistiques. — Mortalité totale.

Thiess (statistique expurgée).......	7	sur	14
Bar..............................	2	—	2
Boissard.........................	»	—	1
Maygrier.........................	»	—	1
Helme............................	»	—	1
Krönig...........................	»	—	3
Henkel (expurgée)................	4	—	16
Kamann...........................	1	—	5
Ballantyne.......................	1	—	1
Audebert et Fournier.............	1	—	2
	16		46

Soit 33 pour 100 environ.

C'est là un chiffre fort élevé, mais cette statistique ne prouve nullement en défaveur de la ponction lombaire :

1° Dans la plupart de ces cas, la ponction lombaire n'a été employée qu'après l'échec de toutes les autres méthodes et on ne saurait donc, par conséquent, imputer ces cas à la ponction lombaire.

2° Ces statistiques sont incomplètes, sauf celles de Thiess et de Henkel qui portent sur un chiffre assez élevé de faits. En outre, les auteurs n'ont rapporté que les cas les plus graves, laissant les autres complètement de côté — comme Boissard qui ne publie qu'un cas mortel choisi entre plusieurs autres.

D'ailleurs, la ponction lombaire n'est pas et ne doit pas être considérée comme une méthode thérapeutique pour combattre l'auto-intoxication gravidique C'est un mode de traitement des convulsions éclamptiques.

La ponction lombaire n'a pas la prétention de suppléer l'insuffisance organique, mais celle de diminuer la pression rachidienne et l'hyperexcitabilité des centres nerveux, au même titre que le chloral ou le chloroforme.

En se plaçant à ce point de vue, nos deux observations peuvent être considérées comme deux cas favorables, puisque, dans les deux cas, après la ponction lombaire, l'intensité des crises a diminué, l'intervalle a augmenté et le coma s'est rapidement dissipé.

La ponction lombaire agit donc d'une manière efficace sur les convulsions éclamptiques, mais à condition de ne pas l'employer trop tard. C'est une opération inoffensive et l'on peut la pratiquer dans tous les cas.

En résumé, la ponction lombaire n'est pas un mode de traitement de l'éclampsie, ou plutôt de l'auto-intoxication gravidique. C'est un moyen thérapeutique pour lutter contre les convulsions éclamptiques au même titre que les hypnotiques, chloroforme ou chloral.

Dans tous les cas d'éclampsie, il faudra d'abord traiter l'auto-intoxication gravidique, puis traiter les convulsions éclamptiques qui en constituent l'une des plus redoutables manifestations.

Dilatation aiguë de l'estomac et éclampsie.

En collaboration avec le Docteur Audebert. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, avril 1907.

Deux observations de dilatation aiguë de l'estomac chez des éclamptiques.

Dans le premier cas, les constatations cliniques étaient si nettes qu'il ne saurait y voir de doute. Dans le second cas, l'autopsie nous a permis de constater qu'il y avait non seulement dilatation de l'estomac, mais aussi du cœcum, du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse.

C'est la première fois que l'on observe des faits analogues chez des éclamptiques. Par contre, ces faits sont bien connus des chirurgiens.

Quoique à l'ordre du jour depuis 1903, cette question est loin d'être définitivement résolue.

Terrier admet que cette dilatation n'est pas une complication d'ordre spécial, mais seulement une conséquence de la péritonite, de la septicémie ou de l'infection intestinale.

Nos deux observations paraissent confirmer l'opinion de Terrier : dans la seconde en effet, nous avons trouvé du streptocoque dans l'utérus et dans le sang.

Dans le premier cas, il n'y a pas eu infection, mais l'on sait que les éclamptiques font facilement de l'infection intestinale et

ainsi ce second cas entrerait aussi dans la catégorie des faits signalés par Terrier.

Dans les deux cas, le tableau clinique a été très net. Dans l'observation I, la malade a guéri sous l'influence des lavages de l'estomac ; dans l'observation II, la malade a succombé, par suite des progrès de l'auto-intoxication gravidique.

Deux observations ne nous paraissent pas suffisantes pour formuler des conclusions fermes. Dans le premier cas, peut-être faut-il attribuer un rôle à la quantité considérable de chloroforme absorbé par le malade et à l'auto-intoxication gravidique.

Dans le second cas, nous retrouvons le facteur chloroforme et en outre un nouveau élément : la septicémie.

Faut-il établir une relation entre ces accidents et l'éclampsie ou bien ne s'agit-il que d'une simple coïncidence ? Délicat problème qui demeure encore à résoudre.

Pyélo-néphrite et grossesse. — Nouveau mode de traitement par la station debout. (Thèse Toulouse, 1905).

Thèse dans laquelle nous étudions surtout les formes gonococciques et l'action de la station debout.

Nous démontrons tout d'abord que la grossesse ne crée pas la pyélo-néphrite et que la compression n'est pas suffisante; il faut y ajouter l'infection. Il faut tenir compte aussi des malformations des bassinets et des uretères et des maladies antérieures. Si le rein est antérieurement malade, s'il est calculeux comme dans les deux cas que nous a communiqués le Dr Cestan, l'évolution sera beaucoup plus rapide et les complications fréquentes.

Dans une autre partie, nous étudions surtout les formes gonococciques de la pyélo-néphrite, formes sur lesquelles, en 1903, notre maître, le Dr Audebert, avait appelé l'attention au Congrès de Rouen. — L'on ne trouve pas souvent le gonocoque dans les urines. Il agit simplement comme cause préparante; c'est lui qui ouvre la voie aux autres germes infectieux.

Cette forme a une allure clinique spéciale; nous en donnons

les principaux caractères en insistant sur l'importance des antécédents urinaires des malades.

Règle générale, la forme gonococcique est moins grave que la forme coli-bacillaire, à condition toutefois que des complications ne viennent pas assombrir le pronostic dont la gravité avait été un peu exagérée. Nous faisons remarquer en effet que les statistiques ne tiennent compte que des cas graves et que, par conséquent, le chiffre de la mortalité est certainement très exagéré.

Dans les cas que nous rapportons, les enfants sont toujours nés vivants et en bon état.

Enfin, dans une dernière partie, nous montrons, avec observations à l'appui, les avantages de la station debout, en particulier dans les formes gonococciques. Lorsqu'il survient des complications, la chirurgie nous offre de merveilleuses ressources. On peut être appelé à intervenir pendant la grossesse et il ne faut pas hésiter à le faire toutes les fois que l'indication est bien nette.

La néphrostomie paraît être l'opération de choix et a donné d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

Influence de l'attitude sur l'excrétion urinaire chez la femme enceinte et accouchée

En collaboration avec le Dr Audebert
Société de Médecine de Toulouse. Séance du 22 avril 1907

En plus des observations rapportées dans notre thése, nous avons recueilli quelques nouveaux faits qui démontrent d'une façon évidente l'augmentation du taux urinaire sous l'influence de la station debout ou assise.

Dans l'observation n° 162, le taux urinaire qui oscillait entre un litre et un litre un quart lorsque la malade était dans le décubitus dorsal, s'élève à deux litres, deux litres et demi sous l'influence de la station debout.

Dans l'ob. n° 244. — La quantité d'urines des 24 heures ne dépasse pas 1.500 gram. pendant toute la durée du décubitus dorsal. Dès que la femme se lève, le taux urinaire s'élève à 2.500 gram.

Dans l'ob. n° 279, la station assise provoque une élévation immédiate du taux urinaire qui passe de un litre à un litre trois quarts.

Nous avons poussé plus loin nos investigations et nous avons entrepris depuis le mois de décembre 1906 toute une série de recherches destinées à élucider l'influence de l'attitude sur l'excrétion urinaire chez la femme enceinte et accouchée, aussi bien dans les cas normaux que dans les cas pathologiques.

C'est là une question fort intéressante, mais aussi fort complexe. Nous n'avons pas la prétention d'avoir résolu toutes les inconnues de ce problème, mais les faits que nous avons recueillis complètent ce que nous avons déjà établi dans notre thèse et permettent de se faire une idée plus nette de la question.

Les travaux de Linossier et Lemoine ont établi que, chez les sujets sains, la station debout diminue l'excrétion de l'eau et de l'urée dans de notables proportions. C'est là ce que nous appellerons le *type normal.*

Chez la femme enceinte, c'est le contraire qui se produit; peu importe que le rein soit sain ou malade, le résultat est le même, l'orthostatisme chez la femme enceinte augmente l'excrétion urinaire. C'est ce que nous appelons le *type inverse.*

A quelle époque de la grossesse se produit cette inversion : Telle est la première question à résoudre ?

Pendant les premiers mois, le taux urinaire appartient au type normal. Vers la fin du sixième mois, le type inverse apparaît, s'accusant davantage au à mesure que la grossesse approche du terme.

Voici les moyennes de l'observation II :

Fin du 6e mois	*Couchée*......	1.350 gr.	par jour.
	Debout.......	1.480 gr.	—
7e mois	*Debout*.......	1,555 gr.	—

C'est donc dans le courant du 7e mois que le type inverse devient plus net et que s'accuse la différence en faveur de la station debout.

Nous avons recherché ensuite quelle était l'attitude dans laquelle le type inverse était le plus accusé.

Pour faire cette étude, nous avons tout d'abord exploré, par le toucher, le segment inférieur sur la femme couchée, puis debout, puis assise. Nous avons ainsi constaté que dans la position debout ou la position assise, la partie fœtale qui était en rapport avec le détroit supérieur se reportait en avant, vers l'arc antérieur du bassin. Ce déplacement était plus accusé chez les multipares que chez les primipares et, d'une façon plus générale, chez les femmes ayant une mauvaise paroi abdominale.

Nous avons ensuite mesuré le tour de taille au niveau de l'ombilic dans les différentes attitudes La sangle abdominale joue en effet un rôle fort important dans la statique utérine, et c'est un facteur dont il faut tenir un grand compte.

Il résulte de nos recherches que lorsque la femme est **couchée**, l'utérus pèse de tout son poids sur la paroi abdominale postérieure, la compression est maxima. Lorsque la femme est **debout**, l'utérus s'écarte de la paroi abdominale postérieure et la compression est moindre. Enfin lorsque la femme est **assise**, soit sur une **chaise**, soit dans son **lit**, la sangle abdominale se trouvant relâchée au maximum, l'utérus n'est plus au contact de la paroi abdominale postérieure et la compression est pour ainsi dire nulle.

Voici à ce sujet les résultats que nous a donné la mensuration du tour de taille au niveau de l'ombilic, la femme se trouvant placée dans différentes attitudes.

Observation 3. — (Primipare).

	Tour de taille
Couchée....................	94 centim.
Debout.....................	95 centim.
Assise sur une chaise........	97 centim.
Assise dans le lit............	99 centim.

Observation 5. — Quintipare, éventration.

	Tour de taille.
Couchée............................	95
Debout..............................	99
Assise dans le lit....................	**102**

C'est donc dans l'attitude assise dans le lit que l'utérus s'écarte le plus de la paroi abdominale postérieure.

Tels sont les résultats généraux qui nous ont été fournis par ces deux modes d'exploration clinique.

Si nous entrons plus avant dans le détail des faits, nous voyons que les variations du taux urinaire dépendent dans une certaine mesure du nombre des grossesses antérieures ou plutôt de la sangle abdominale.

Lorsque la sangle abdominale est résistante, comme dans les observations nos 3, 4 et 8, il y a une grande différence entre le taux urinaire dans la station assise et dans la station debout.

Observation n° 3.

Debout.......	1.225 gr. en moyenne par 24 heures.			
Assise........	1.550 —	—	—	

Observation n° 4.

Debout.......	1.042 gr. en moyenne par 24 heures.			
Assise........	1.266 —	—	—	

Observation n° 8.

Debout.......	1.163 gr. en moyenne par 24 heures.			
Assise........	1.466 —	—	—	

Au contraire, lorsque la sangle abdominale est mauvaise, dans les cas d'éventration en particulier, l'utérus s'écarte considérablement de la paroi abdominale postérieure même dans la station debout, et la différence du taux urinaire dans la station debout et dans la station assise est moins accusée que dans le cas précédent. C'est ce que démontre très nettement notre observation n° 5. Il s'agit d'une femme ayant une éventration très accusée.

Debout.......	802 gr. en moyenne par 24 heures.			
Assise........	850 —	—	—	

Tels sont les résultats généraux auxquels nous sommes parvenu.

Sans doute, les causes d'erreur sont nombreuses et il n'est guère possible de toutes les éviter.

Il faudrait, en particulier, tenir compte de la quantité des liquides absorbés et d'une foule de facteurs qui peuvent amener des variations dans le taux urinaire. C'est pour éviter ces causes d'erreur dans la mesure du possible que nous avons établi des moyennes basées sur un grand nombre d'observations.

Nous avons en outre remarqué que, sous l'influence du régime lacté absolu, le taux urinaire présentait une courbe beaucoup plus régulière que dans les autres cas.

Enfin, il résulte de nos recherches que, pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, le taux urinaire augmente dans de notables proportions, puis, rapidement, il revient à la normale.

En outre, si, pendant les suites de couches, on fait asseoir les malades sur le lit, on note, comme vers la fin de la grossesse, une brusque élévation du taux urinaire, mais fait spécial aux suites de couches, cette élévation ne se maintient pas aussi nette les jours suivants.

A mesure que l'on s'éloigne du jour de l'accouchement, le type inverse tend à disparaître pour faire place au type normal.

PATHOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA DÉLIVRANCE

I. — *Dystocie des têtes molles*, in « Toulouse Médical », 15 février 1907.

II. — *Présentation de l'épaule négligée*, embryotomie, in « Toulouse Médical », séance du 5 février 1907.

III. — *Hémorragie rétro-placentaire* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société anatomo-clinique du 1er avril 1907.

IV. — *Agglutination du col. Dystocie du tronc par ascite* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société de médecine de Toulouse, séance du 22 avril 1907.

V. — *Accouchement gémellaire rapide*. Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

VI. — *Endométrite et avortement*. Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

VII. — *Déchirure profonde du périnée*; *peau intacte*; *suture au releveur*. Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

VIII. — *Poche amnio-choriale*. Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1906.

IX. — *Hémorragie rétro-placentaire*. Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

X. — *Angine de Vincent* (en collaboration avec Mlle Godreau, docteur en médecine). Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

Défaut d'ossification de la tête fœtale (tête molle). — Lenteur du travail. — Conduite à tenir.

In *Toulouse médical*, séance du 15 février 1907.

On peut, par suite du défaut d'ossification de la tête fœtale, avoir à traiter les accidents suivants : 1° défaut de flexion de la tête empêchant l'engagement ; 2° défaut de rotation et arrêt du travail ; 3° arrêt de la tête fœtale sur un périnée résistant.

Dans le premier cas, il suffira souvent de rompre la poche des

eaux et de fléchir la tête avec le doigt; dans notre observation, cette manœuvre a suffi pour produire l'engagement. Si la dilatation était incomplète, la poche des eaux étant rompue, il faudrait introduire un ballon de Champetier.

Dans le second cas, avant de faire une application de forceps, il faut tenter de produire la rotation avec le doigt ou avec la main.

Dans le troisième cas, si les bruits du cœur sont bons, il faut encore éviter de faire une application de forceps, et presque toujours l'emploi d'un ballon de Champetier produira une dilatation du périnée suffisante pour permettre le passage de la tête.

En résumé, la correction manuelle des attitudes vicieuses de la tête et le ballon de Champetier nous paraissent devoir être préférés ou du moins tout d'abord essayés.

Présentation de l'épaule négligée. — Embryotomie et éviscération.

Toulouse médical. Séance du 5 février 1907.

L'épaule était complètement engagée lorsque nous fûmes appelé. Il y avait une distension énorme du segment inférieur par la tête fœtale et la malade se plaignait d'une vive douleur localisée dans cette région. Section du membre procident et de l'épaule correspondante, puis éviscération. Nous pouvons alors, sans danger pour le segment inférieur, sectionner le cou du fœtus et extraire l'enfant. Suites de couches physiologiques.

La malade se lève le quinzième jour.

Hémorragie rétro-placentaire et insertion vicieuse du placenta.

En collaboration avec M. le Docteur Audebert, in *Toulouse Médical*, 1er avril 1907.

Il semble que l'association de ces deux accidents, graves en eux-mêmes, doive assombrir le pronostic. Cette observation semble prouver le contraire. Sous l'influence des premières

douleurs, il se produit un décollement du placenta et l'hémorragie est d'abord externe, puis semble s'arrêter. En réalité, elle continue, mais le sang s'accumule entre le placenta et l'utérus et complète le décollement placentaire. C'est dire que, dans des cas analogues, il ne faut pas se louer de la cessation de l'hémorragie et il faut surveiller attentivement le pouls de la mère.

Agglutination de l'orifice interne du col chez une femme syphilitique. Dystocie du tronc. Ascite fœtale.

En collaboration avec le Docteur Audebert. Société de Médecine de Toulouse. Séance du 22 avril 1907.

L'effacement du col se fit régulièrement. Puis, pendant plus de deux heures, il fut impossible de trouver l'orifice utérin à la surface du segment inférieur, dont l'amincissement et la distension font craindre une rupture imminente. On peut cependant rencontrer un petit point saillant du volume d'un grain de chenevis qui correspond à l'orifice.

Il suffit d'appuyer en vrillant avec le doigt pour avoir une dilatation comme deux francs. A partir de ce moment, la dilatation marche régulièrement.

Expulsion de la tête qui demeure accolée à la vulve. On met la femme en situation obstétricale. Tractions dans l'aisselle antérieure; dégagement du bras antérieur; puis dégagement de l'épaule postérieure. Nouvel arrêt. On explore. Ascite fœtale peu accusée. Il suffit de bien tirer en bas pour achever le dégagement d'un enfant mort et macéré et atteint de pemphigus.

Poids : 2.270 grammes. — Placenta : 710 grammes.

Accouchement gémellaire rapide.

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907.

Cas dans lequel le travail n'a duré que dix minutes et qui confirme ce fait mis en lumière par Pinard : à savoir qu'il n'y a pas impotence fonctionnelle dans le cas de grossesse double.

Endométrite et avortement.

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907.

Expulsion en bloc d'un œuf de 4 mois. Caduque très épaisse. Cette femme était au repos absolu depuis plus de deux mois et, malgré un traitement approprié, l'avortement s'est produit.

Déchirure profonde du périnée, toute la région cutanée étant intacte

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907

Vulve orientée en avant.

Après l'expulsion du fœtus, on constate une déchirure profonde du périnée mais la région cutanée est intacte. Suture immédiate du releveur.

Sans un examen attentif, cette déchirure fut passée inaperçue.

Poche amnio-choriale

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907

Pendant le travail, on avait cru tout d'abord à un procubitus du cordon.

Un examen attentif permit de faire un diagnostic précis confirmé par l'examen du délivre.

Hémorragie rétro-placentaire

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907

Il s'agit d'une hémorragie rétro-placentaire survenue au 7e mois chez une femme albuminurique. Expulsion d'un enfant mort. Délivrance immédiate. Dépression en cupule du placenta contenant plusieurs caillots pesant 420 grammes.

Angine de Vincent.

(En collaboration avec Mlle Godreau, docteur en médecine).

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907.

Obs. I. N° 2 du dortoir (clinique d'accouchements). — Primipare, âgée de 18 ans, qui, au septième mois de la grossesse, présenta de la dysphagie, des vomissements, de l'adénopathie sous-maxillaire, une petite ulcération sur l'agmydale droite recouverte d'exsudat grisâtre et de la paroi postérieure du pharynx. Pas de température. A l'examen microscopique, on trouve des bacilles fusiformes, analogues à ceux de l'angine de Vincent, des streptocoques et des staphylocoques. Les cultures ont été négatives en ce qui concerne les bacilles fusiformes.

Traitement local classique.

La grossesse évolue normalement.

Obs. II. (n° 15 du dortoir). — Malade contaminée par la précédente; symptômes à peu près analogues avec température d'environ 38°.

Ulcération sur la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais près de la luette.

L'examen bactériologique montre l'existence de bacilles semblables à ceux de l'obs. I, associés à des streptocoques et à des staphylocoques.

Cultures négatives sur bouillon et sur gélose.

Traitement : Quinine et pyramidon, lavage au phéno-salyl.; attouchements à l'iode, badigeonnage à la glycérine cocaïnée. Etat de la malade satisfaisant au bout de 8 jours. La grossesse évolue normalement.

SUITES DE COUCHES

I. — *Phlébite des sinus utérins et de la veine hypogastrique gauche. Mort par embolie le 13e jour après l'accouchement* (en collaboration avec le docteur Joffres), in « Toulouse médical », 15 février 1907.

II. — *Broncho-pneumonie grippale et infection utérine* (en collaboration avec le docteur Audebert). Société de médecine de Toulouse, séance du 22 avril 1907.

III. — *Rétention des lochies dans un utérus anté-latéro-fléchi. Utilité du drainage.* Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

Phlébite des veines utérines et de la veine hypogastrique gauche; mort par embolie le 13e jour après l'accouchement.

(En collaboration avec M. Joffres, in *Toulouse médical*, 15 juillet 1905.)

Observation d'une femme ayant accouché toute seule dans la rue et sans aucun soin. Dès le lendemain, elle ressent des douleurs au niveau des régions inguinales. Cependant, la température, peu élevée les premiers jours, devient normale par la suite. Au treizième jour, la malade s'étant levée, perdit soudain connaissance, le pouls devint imperceptible et elle ne tarda pas à succomber malgré tous les soins. A l'autopsie, on trouva des embolies dans le cœur et le poumon et une phlébite de la veine hypogastrique. On voyait nettement le point d'où les caillots emboliques s'étaient détachés.

Broncho-pneumonie grippale et infection utérine.

(En collaboration avec le Dr Audebert, Société de médecine de Toulouse. — Séance du 22 avril 1907.)

Il s'agit d'un cas grave de broncho-pneumonie grippale survenue pendant les suites de couches.

L'association d'une infection utérine a compliqué le problème et il a été difficile de faire la part exacte des deux facteurs.

Pendant quelque temps, on s'est demandé s'il ne s agissait pas d'embolies septiques. Mais la date d'apparition précoce des accidents nous a permis d'éliminer ce diagnostic. Au bout de quelques jours, les lésions étaient tellement typiques qu'il n'y avait plus de doute possible.

Après de multiples incidents, après des complications cardiaques, la malade est sortie guérie du service.

Rétention des lochies dans un utérus antéro-latéro-fléchi. Utilité du drainage.

(Société anatomo-clinique. — Séance du 19 avril 1907.)

Cas où, par suite d'une anté-latéro-flexion très marquée, il y avait rétention lochiale. Nous avons mis un gros drain en caoutchouc dans l'utérus, et tous les accidents ont disparu.

NOUVEAU-NÉ

I. — *Hydrocéphalie anencéphalique* (en collaboration avec le docteur Audebert), in « Toulouse médical », 15 février 1907.

II. — *Enfoncement du crâne en coup de pouce chez un nouveau-né* (en collaboration avec le docteur Audebert), in « Toulouse médical », 15 février 1907.

III. — *Frictions mercurielles chez les nouveau-nés athrepsiques non syphilitiques. Résultats et courbe du poids.* Société anatomo-clinique, séance du 19 avril 1907.

Hydrocéphalie anencéphalique

En collaboration avec M. le Dr Audebert, in *Toulouse Médical*, 5 fév. 1907

Cas typique de cette variété d'hydrocéphalie décrite par Poullet, survenue chez une femme présentant un retrécissement du bassin. L'enfant né en état de mort apparente n'a pu être ranimé.

De la cavité crânienne, on a retiré environ un litre de liquide citrin.

Le cerveau était atrophié surtout dans la region des hémisphères, seule la région de la base était presque normale.

Au point de vue pronostic, cette variété d'hydrocéphalie peut se reproduire dans les grossesses ultérieures.

Enfoncement du crâne en coup de pouce chez un nouveau-né

En collaboration avec le Dr Audebert, in *Toulouse Médical*, 15 fevrier 1907

Observation d'une femme tertipare, dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 c. 8.

On note un faux promontoire entre la 1re et la 2e V. sacrée. Contractions intenses, l'engagement se fait d'un coup et l'accouchement se termine peu après. On remarque sur le frontal gauche du fœtus une dépression en *coup de pouce* (Audebert). Dans ce cas, la véritable cause de l'enfoncement,c'est la rapidité de l'engagement ; la tête n'a pas eu le temps de se modeler.

Règle générale : le pronostic est bénin, sauf dans les cas où il y a des épanchements sanguins ; même dans ces cas, les interventions chirurgicales ont donné quelques succès.

Frictions mercurielles chez les nouveau-nés athrepsiques non syphilitiques. Résultats et courbe de poids

Société anatomo-clinique. Séance du 19 avril 1907

Chez les enfants athrepsiques, à la suite de l'échec de tous les autres traitements, lorsque la courbe du poids va constamment en diminuant, les frictions mercurielles nous ont donné des résultats excellents, même chez les enfants non spécifiques ou du moins chez lesquels un examen attentif n'a permis de rien découvrir.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

I. — *Abcès du foie*, in « Toulouse Médical », novembre 1901.

II. — *Deux observations de pleurésies purulentes doubles*, publiées par M. Frenkel, in « Archives médicales ». Toulouse, 5 janv. 1902.

III. — *Mono-adénite génienne, tuberculeuse et sous-muqueuse. Coupe du ganglion.* « Toulouse Médical », août 1904.

IV. — *Phlegmon des ligaments larges d'origine puerpérale. Intervention à froid. Mort par septicémie streptococcique.* « Toulouse Médical », 15 août 1905.

V. — *Génu-érectum. Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Flexion à angle droit de l'extrémité supérieure du tibia* (opération par M. le docteur Cestan, guérison). « Toulouse Médical » (sous presse).

VI. — *Un cas d'empâlement avec plaie étendue du rectum et perforation du péritoine. Drainage, guérison.* « Toulouse Médical », sous presse.

Abcès du foie

In *Toulouse Médical*, 1er novembre 1901

Le malade avait été opéré d'un premier abcès, il y avait quatre ans.

A l'autopsie, on trouva deux abcès du foie, l'un sur la face convexe, l'autre à la face inférieure. D'où nécessité d'une exploration attentive au cours d'une opération.

En outre, dans le cas actuel, on n'avait pas fait le diagnostic et l'affection avait simulé le tableau clinique de l'urémie.

Deux observations de pleurésies purulentes doubles,
publiées par le Dr Frenkel.
In *Archives médicales*, Toulouse, 5 janvier 1902.

Le traitement médical fut insuffisant et le Dr Cestan fit l'empyème des deux côtés avec un plein succès en laissant un délai d'une dizaine de jours entre les deux opérations.

Mono-adénite génienne tuberculeuse et sous-muqueuse. Présentation d'une coupe du ganglion.

In *Toulouse médical*, 1er août 1904.

Les adénites géniennes tuberculeuses sont bien connues depuis les travaux de Poncet et ceux de Vigier. Mais ces adénites s'accompagnent d'ordinaire d'antécédents scrofuleux ou de symptômes concomittants. Dans cette observation, au contraire, rien de semblable; de plus cette tumeur était sous-aponévrotique, ce qui rendait même le diagnostic difficile. L'examen histologique seul pouvait lever les doutes.

Phlegmon des ligaments larges d'origine puerpérale. Intervention à froid; mort par septicémie streptococique.

(In *Toulouse médical*, 15 août 1905.)

Cette observation démontre la nécessité du drainage après les interventions laborieuses sur les annexes, surtout dans le cas de collection purulente même enkystée, mais d'origine puerpérale. — Il y a du streptocoque dans la zone des adhérences et fatalement on ensemence le péritoine.

Genu-srectum. — Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. — Flexion à angle droit de l'extrémité supérieure du tibia.— Opération par le Dr Cestan. — Guérison.

Toulouse médical (sous presse).

Résection cunéiforme. Suture osseuse. Réunion par première intention. Appareil plâtré pendant trois mois. Nous suivons le malade: le résultat est parfait.

Un cas d'empâlement avec plaie étendue du rectum et perforation du péritoine. — Drainage. — Guérison.

Toulouse médical (sous presse).

Large brèche de la paroi latérale du rectum intéressant le péritoine, mais s'ouvrant au niveau de la fosse ischio-rectale.

Deux drains : un dans le péritoine sortant par l'orifice d'entrée; l'autre par le rectum. Guérison au bout d'un mois environ sans autre intervention.

TOULOUSE.— Imp. Ch. MARQUÈS, 22 et 24, boul. de Strasbourg et rue Lafaille, 6.